

Od monopola do konkurence – zdravstvo

Igor Dovnik, dr. med. spec. pediater, P.B., d. o. o., predsednik Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije (SZZZZ)

Ob soočenju s temo, ki naj bi jo predstavil na tribuni Državnega sveta in Inštituta Nove revije, zavoda za humanistiko, sem se znašel v konfliktu interesov. To na začetku priznavam. Zagovarjam konkurenco, ki je po mojem trdnem prepričanju edino zagotovilo kvalitete in napredka dejavnosti, ki jo izvajam, in družbe, v kateri živim. Živim in delam pa v monopolu in sem v konfliktu. Sicer nisem član nobene stranke in me nihče razen Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), pacientov in v manjši meri SZZZZS ne plačuje za moje delo.

SZZZZS, ki ga vodim, je prostovoljno Združenje, ki je 31. 12. 2018 imelo 924 članov. Od tega jih na primarnem nivoju zdravstva (splošni in družinski zdravniki, pediatri, šolski zdravniki) deluje 269, 450 je zobozdravnikov (tako koncesionarjev kot čistih zasebnikov), 205 jih dela v specialističnih dejavnostih sekundarne ravni zdravstva. Poslanstvo našega Združenja je izboljšanje pogojev za razvoj in izvajanje zasebne zdravniške dejavnosti ter zagotavljanje socialne varnosti članov. To v Sloveniji pomeni tudi izboljševanje položaja naših pacientov. V celotnem prispevku ob uporabi besede zdravnik to pomeni hkrati tudi zobozdravnik.

Pacient osrednji deležnik zdravstvenega sistema

Bistvena reč, ki jo je v slovenskem zdravstvenem sistemu nujno potrebno spremeniti, je položaj pacienta. Pacienti moramo postati osrednji deležnik, okoli katerega se mora v zdravstvu vse vrteti. Pacienti moramo imeti izbiro in osnova za to je konkurenca tako izvajalcev zdravstvenih storitev kot tudi ponudnikov zdravstvenih zavarovanj.

Trenutno stanje v zdravstvenem sistemu

Na strani plačnika zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja vlada popolni monopol. Vsi prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje, tako tisti, ki jih plačujemo vsi zaposleni, kot tudi prispevki delodajalcev in delež, ki ga prispeva država, se zbira na računu ZZZS. ZZZS je popolni monopolist pri plačilu storitev, ki jih pokriva obvezno zdravstveno zavarovanje. Del sredstev zbiramo s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Tega ponujajo v Sloveniji tri zavarovalnice. Težava je, da je prostovoljno zavarovanje na nek način pravzaprav obvezno. Velika večina zdravstvenih storitev je namreč v določenem deležu plačana s strani prostovoljnega zavarovanja. Tveganje, ki ga prevzame oseba, ki se ne zavaruje prostovoljno, je torej tako, da velika večina prebivalstva le-tega dodatno plačuje. Kot bom pojasnil kasneje, je tudi delež, ki ga v posamezni zdravstveni storitvi plačajo prostovoljne zavarovalnice določen s strani ZZZS. Tako imamo popolni monopol nad plačilom velike večine vseh pomembnih zdravstvenih storitev s strani ZZZS.

Ker so storitve v takem sistemu relativno nedostopne, se povečuje delež plačil, ki jih za zdravstvene storitve pacienti plačamo iz lastnega žepa, neposredno izvajalcem. To je majhen del trga, ki deluje po konkurenčnih načelih in je pri nas najbolj razširjen na področju zobozdravstva. Povečuje pa se plačevanje iz žepa tudi na sekundarnem ambulantnem področju zdravstva. Ta del trga je poleg konkurence na slovenskem trgu, izpostavljen tudi konkurenci v sosednjih državah. Ta konkurenca je v vsaj dveh segmentih nelojalna. Prvič za ambulantne storitve, ki jih izvede zdravnik v državi članici EU, velja direktiva o prostem pretoku pacientov. To pomeni, da mora pacientu, ki je v katerikoli državi članici EU dobil zdravstveno storitev, na

katero je bil s strani svojega zdravnika napoten, ZZZS povrniti znesek, kot bi zdravstvena storitev znašala v Sloveniji. Če je pacient enako storitev prejel pri zdravniku v Sloveniji brez koncesije, ZZZS tega denarja ne vrne?! Poleg tega je na področju zobozdravstva v Sloveniji zaslediti precej reklamiranja zobozdravstvenih storitev na Hrvaškem. Pri nas reklamiranje zdravstvenih storitev relativno strogo omejuje zakonodaja, ki pa ne deluje čezmejno. Tako so domači izvajalci brez koncesij na dveh nivojih v neenakovrednem položaju napram svojim kolegom, ki delajo čez mejo.

Na strani izvajalcev zdravstvenih storitev je stanje tudi izrazito nekonkurenčno. V Sloveniji deluje državno zdravstvo, kjer delujejo institucije v državni lasti (dva univerzitetna klinična centra, splošne bolnišnice in specializirane bolnišnice in vsi zdravstveni domovi). Zakonodaja zadnja leta vse bolj služi zagotavljanju njihovega obstoja, vse manj pa temu, čemur so namenjeni – pacientom. Brez izrazito diskriminacijske zakonodaje in truda skoraj vseh preteklih vlad, del državnega zdravstva zagotovo ne bi preživel. Za državno zdravstvo veljajo zakoni o javnem naročanju in z njim povezane težave in korupcijske afere. Druga značilnost državnega zdravstva je beg kadra vseh ravni, ne samo zdravnikov, zaradi nezmožnosti ustreznega nagrajevanja dobrih. V tem segmentu zdravstva je težava ustrezno vodenje teh zavodov. Zavod deluje spet po svojem zakonu in ima deljeno odgovornost. Ima direktorja brez pravih pooblastil in s tem možnosti vodenja. Poleg tega ima zavod tudi svet zavoda, kjer imajo večino članov predstavniki ustanovitelja (občina ali država). Tako pridemo do deljene odgovornosti, ko pravzaprav nihče ni kriv, ko je v bilancah izguba. Ker je državno zdravstvo praviloma v izgubi, nima pravih možnosti za investicije in ustrezen razvoj kadrov.

Drugi del javnega zdravstva predstavljamo koncesionarji. Delujemo v izjemno reguliranem in nadzorovanem okolju. Smo skoraj po pravilu prezasedeni in zaradi tega za številne paciente, ki bi naše obravnave želeli zavračamo. Prav zaradi omejene dostopnosti zasebnih zdravnikov koncesionarjev, kjer omejenost predstavlja posamezna koncesija, je konkurenca med nami in državnim zdravstvom navidezna. Koncesija namreč pomeni, koliko pacientov, storitev, obravnav v enem letu lahko ali moraš narediti in ti zanje ZZZS storitve plača.

Stanje v slovenskem zdravstvu je trenutno torej skoraj povsem brez prave konkurence, tako na strani izvajalcev, kot še bolj izrazito na strani ponudnikov zavarovanj. Poleg tega je stanje trenutno tako, da nam primanjkuje zdravnikov, medicinskih sester in drugega strokovnega kadra. Podfinanciranost in izgube generira amortizirano opremo, slabo vzdrževanje in neustrezne prostore za delo, stanje brez konkurence pa generira čakalne dobe. Pacient v našem zdravstvu ima teoretične pravice. Dejanske opredeljujejo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in ZZZS. Pacient je brez prave izbire. Dejansko izbiro opredeljujejo koncesije in pogodbe izvajalcev z ZZZS. Pacient v našem sistemu lahko ima akutno potrebo. Zdravstveni sistem pa je nastavljen tako, da se pred pacientovimi potrebami skriva.

Sedaj veljavna zakonodaja v zadnji noveli Zakona o zdravstveni dejavnosti pravi, da so zdravstvene storitve kot negospodarske storitve splošnega pomena, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti opravljajo na nepridobiten način, tako da se presežek prihodkov na odhodki porabi za opravljanje in razvoj zdravstvene dejavnosti. V nadaljevanju pa, da se koncesija podeli, če koncedent ugotovi, da javni zdravstveni zavod ne more zagotavljati opravljanja zdravstvene dejavnosti v obsegu, kot je določen z mrežo javne zdravstvene službe, oziroma če javni zdravstveni zavod ne more zagotoviti potrebne dostopnosti do zdravstvenih storitev. Ko zakon pravi nepridobitno, to za državno zdravstvo praktično pomeni izgubo. Če zakon reče negospodarska, to pomeni: pacient bodi srečen, da dobiš, kar dobiš. Ko zakon omejuje konkurenco, to pomeni konkurence nočemo. Ali ste mogoče zaznali, v katerem primeru se podeli koncesija? Tam, kjer javni zavod ne more ... To je povsem enako, kot da bi rekli: vsi boste telefonirali preko državnega telekoma, ki je najboljši. Le tam, kjer Telekom nima signala, lahko storitve ponujajo drugi!?!

Monopol plačnika ZZZS

ZZZS je tudi zavod in ni zavarovalnica. 3.000.000.000 evrov prejme avtomatsko od vsakega zaposlenega in njegovega delodajalca (nekaj malega primakne še država). Ta sredstva nato deli s **Splošnim dogovorom** (SD). SD je centralno plansko dogovorno deljenje, kjer na koncu vlada pove, kako in kaj. SD vsako leto opredeli, koliko so lahko in bodo ljudje bolni. Poleg ZZZS je SD ključni problem naše trenutne zdravstvene dejavnosti. Janez Šušteršič je na Zdravstveni polemiki 20. 3. 2019 letos SD predstavil na naslednji način. SD temelji na načelu centralnega planiranja vsake malenkosti, vključuje »fleksibilnost«, ki je tako ultra natančno opredeljena, da je pravzaprav nefleksibilna. Deluje pa po načelu »srečujočega planiranja«, kjer se v planiranju srečujejo (in ne osrečujejo): Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, ZZZS, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije in tri Skupnosti (slovenskih naravnih zdravilišč, socialnih zdravstvenih zavodov in organizacij za usposabljanje Slovenije). Vprašanja, o katerih se v srečujočem planiranju ne uspejo dogovoriti, gredo na arbitražo, kjer se razmerja le redko spremenijo. Na koncu SD o nerešenih vprašanjih odloča vlada kot arbiter in imamo rezultat kot letos. In kriva je vlada, ne minister za zdravje, ki je predloge na vlado predal.

Kdo pa odloča o deležu doplačil, ki jih poravnava v sedanjem sistemu prostovoljne zdravstvene zavarovalnice (PZZ)? O deležih, ki jih za posamezno zdravstveno storitev plačajo PZZ odloča Skupščina ZZZS, ki v okviru svoje pristojnosti določi odstotne vrednosti posameznih zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju s Sklepom o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Preostanek posamezne zdravstvene storitve namreč plačajo tri zavarovalnice, ki naj bi jih letos ukinili. Skupščina ZZZS pa je samoupravna interesna skupnost sestavljena iz 16 predstavnikov delodajalcev, 4 predlaga vlada in zagotavljajo interese državne uprave in negospodarskih javnih služb, 15 je predstavnikov sindikatov, ki zastopajo interese aktivnih zavarovancev, 1 je kmet, 7 je upokojencev in 2 predstavnika invalidov. 3.000.000.000 evrov upravlja torej centralni plan SD in samoupravna interesna skupnost Skupščina ZZZS.

Povzetek J. Šušteršiča končam z njegovim slikovitim rezimejem. Rezultati centralnega planiranja v ekonomiji so menda poznani že več kot 100 let. Centralno planiranje privede do pomanjkanja in čakalnih vrst, ustvari rente in korupcijo, birokracijo in obsesivni nadzor, spodbuja iskanje načinov za delo mimo sistema, povzroči neučinkovito alokacijo virov in spodbuja nedenarno ekonomijo. Prav vse to so značilnosti našega, trenutno na škroge delujočega, zdravstvenega sistema. Prav zaradi tega so pretekli ministri, vlade in sestave parlamenta storili vse za obstoj državnega zdravstva in pridobljenih monopolov. Cilj je ohranitev rent, korupcije, birokratizacije in nadzora nad veliko količino za zdravstvo zbranega denarja. Izvajalci smo pravzaprav brez moči strokovnega, argumentiranega vpliva na pogoje dela in materialnimi osnovami zanje. Manipuliranje z zagotavljanjem obstoja javnega zdravstva je politično zavajanje in zamegljevanje povsem enostavne in jasne situacije. In podlaga za politično nadaljevanje diskriminacije posameznih izvajalcev izključno na podlagi njihovega porekla (državno : pravo javno). Politika nima naloge ohraniti državnega zdravstva. Naloga države bi morala biti edino zagotavljanje solidarno dostopnih, varnih, kvalitetnih in pravočasnih zdravstvenih storitev. Pri tem je konkurenca edina pot.

Kaj je rešitev in dobro za pacienta?

V Slovenijo moramo pripeljati evropsko organizacijo zdravstva temelječo na solidarnosti pri dostopu do storitev in konkurenci ponudnikov zdravstvenih zavarovanj. Ali je to preveč enostavno?

SZZZZS je v predlogih za rešitve, ki bi jih predstavili ministru, če bi za to dobili priložnost, pa je nismo, oblikovala štiri točke:

1. Pacient mora postati osrednji deležnik zdravstvenega sistema in mora imeti izbiro (zdravnika, metode zdravljenja, zavarovanja ...).
2. Zdravniki kot nosilci zdravstvene dejavnosti moramo prav tako imeti izbiro, kako in koliko bomo delali (kot zaposleni v javni ustanovi ali kot zasebni izvajalci).
3. Plačevanje programov in koncesije so preživete! Dostop do javno zbranega denarja mora biti enak za vse državljane v skladu s pravicami iz obveznega zavarovanja. Vsi izvajalci z dovoljenjem za opravljanje zdravstvene dejavnosti lahko izvajajo zdravstvene storitve, ki so pravica in so financirane iz javnih sredstev.
4. Nujna je konkurenca ponudnikov zdravstvenih zavarovanj.

Ko pacient dobi dejansko pravico izbire, kdo in kako ga bo obravnaval in komu bo plačeval zavarovanje, postane kralj. Tak sistem je pravičnejši in denar sledi pacientu. To si kot kronični pacient želim tudi sam. Zdravnik z možnostjo izbire postane pravi nosilec zdravstvene dejavnosti. Ko se sam lahko odloči, kje in tudi koliko bo delal, dobi svobodo poklica. Delodajalci pa začutijo interes, da dobre zadržijo. Samozaposleni prevzamemo določeno tveganje. Če nimaš pacientov, si lahko tudi lačen ... Koncesije in sedanje plačevanje programov je potrebno ukiniti. Na sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti jih je ukinila EU-direktiva o prostem prehajanju pacientov preko meja. Na primarnem nivoju omejujejo konkurenco (Telekom). Kdor izpolni pogoje za opravljanje posamezne zdravstvene dejavnosti, lahko dela. Dostop do javno zbranega denarja mora biti enak za vse paciente/državljanke s pravico dostopa do tega denarja. Pravice opredeljujejo pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Če pacient potrebuje storitev, ki je pravica, jo lahko išče pri vseh izvajalcih, ki izpolnjujejo pogoje in imajo dovoljenje za delo. Denar mu sledi. Tako lahko vsi izvajalci, ki izpolnjujejo s strani države predpisane pogoje, za vsako posamezno dejavnost, to dejavnost izvajajo v breme zavarovalnic. Tukaj ponovno SZZZZS zagovarja konkurenco. Konkurenca zdravstvenih zavarovalnic je nujna osnova za pravo regulacijo trga. Strah pred majhnostjo trga je lahko upravičen. Vendar sam izrazito verjamem, da je vredno tvegati. Ko skleneš polico zavarovanja, zavarovalnica prevzame določena tveganja. Zaradi tega so lahko stroški njenega delovanja tudi večji kot sedaj pri ZZZS. Vendar ZZZS ne prevzema prav nikakršnega tveganja in samo centralno plansko razdeli denar, ki ga je zbral. V konkurenci ponudbe zdravstvenih zavarovanj ponovno pacient dobi možnost, da postane kralj. Poleg tega konkurenca zagotovo izboljšuje dostopnost do storitev. Konkurenca zagotovo razgali slabosti slabih in omogoči delo dobrim.

Sklep

SZZZZS zagovarja stališče, da mora pacient nujno postati osrednji deležnik v zdravstvenem sistemu. Okoli njega se mora prav vse vrteti. Cilj države in vsakokratne politike bi v zdravstvenem sistemu prav tako moral postati pacient. Sedanja diskriminacija izvajalcev in zagovarjanje in zagotavljanje obstoja državnega zdravstva in ZZZS je izkrivljanje in zamegljevanje. Državno zdravstvo ni edino zagotovilo javno dostopnega zdravstva. Že sedaj javni zdravstveni sistem ne bi deloval brez pravega in transparentnega javnega, ki ga izvajamo zasebniki. Del politike s tem zamegljuje in zanika odgovornost za sedanje stanje. Edina prihodnost in dobrobit za pacienta je konkurenca. Prava in ne sedanja navidezna in izkrivljena konkurenca med ponudniki zdravstvenih storitev. Na drugi strani pa prava konkurenca zdravstvenih zavarovanj.